

**U. PORTO**

**FMUP** FACULDADE DE MEDICINA  
UNIVERSIDADE DO PORTO

**MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA**

---

2016/2017

Maria Isabel Lourenço de Barros Alves

Protocolos de atuação no Parto Pré-termo: uma análise  
comparativa nacional. / Guidelines for preterm labour management:  
a comparative analysis of the Portuguese national reality

março, 2017

FMUP

Maria Isabel Lourenço de Barros Alves  
Protocolos de atuação no Parto Pré-termo:  
uma análise comparativa nacional. /  
Guidelines for preterm labour management:  
a comparative analysis of the Portuguese  
national reality.

**Mestrado Integrado em Medicina**

**Área: Ginecologia e Obstetrícia**

**Tipologia: Dissertação**

**Trabalho efetuado sob a Orientação de:**  
**Professor Doutor João Francisco Montenegro**  
**de Andrade Lima Bernardes**

**Trabalho organizado de acordo com as normas**  
**da revista: Acta Médica Portuguesa**

março, 2017

**FMUP**

Eu, Maria Isabel Lourenço de Barros Alves, abaixo assinado, nº mecanográfico 201108656, estudante do 6º ano do Ciclo de Estudos Integrado em Medicina, na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, declaro ter atuado com absoluta integridade na elaboração deste projeto de opção.

Neste sentido, confirmo que **NÃO** incorri em plágio (ato pelo qual um indivíduo, mesmo por omissão, assume a autoria de um determinado trabalho intelectual, ou partes dele). Mais declaro que todas as frases que retirei de trabalhos anteriores pertencentes a outros autores, foram referenciadas, ou redigidas com novas palavras, tendo colocado, neste caso, a citação da fonte bibliográfica.

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 12/03/2017

Assinatura conforme cartão de identificação:

Maria Isabel Lourenço de Barros Alves

NOME

Maria Isabel Lourenço de Barros Alves

NÚMERO DE ESTUDANTE

201108656

E-MAIL

maria\_isabel\_alves@hotmail.com

DESIGNAÇÃO DA ÁREA DO PROJECTO

Ginecologia e Obstetrícia

TÍTULO DISSERTAÇÃO/MONOGRAFIA (riscar o que não interessa)

Protocolos de atuação no Parto Pré-termo: uma análise comparativa nacional.

ORIENTADOR

João Francisco Montenegro de Andrade Lima Bernardes

COORDINADOR (se aplicável)

ASSINALE APENAS UMA DAS OPÇÕES:

É AUTORIZADA A REPRODUÇÃO INTEGRAL DESTES TRABALHOS APENAS PARA EFEITOS DE INVESTIGAÇÃO, MEDIANTE DECLARAÇÃO ESCRITA DO INTERESSADO, QUE A TAL SE COMPROMETE.	<input type="checkbox"/>
É AUTORIZADA A REPRODUÇÃO PARCIAL DESTES TRABALHOS (INDICAR, CASO TAL SEJA NECESSÁRIO, Nº MÁXIMO DE PÁGINAS, ILUSTRAÇÕES, GRÁFICOS, ETC.) APENAS PARA EFEITOS DE INVESTIGAÇÃO, MEDIANTE DECLARAÇÃO ESCRITA DO INTERESSADO, QUE A TAL SE COMPROMETE.	<input type="checkbox"/>
DE ACORDO COM A LEGISLAÇÃO EM VIGOR, (INDICAR, CASO TAL SEJA NECESSÁRIO, Nº MÁXIMO DE PÁGINAS, ILUSTRAÇÕES, GRÁFICOS, ETC.) NÃO É PERMITIDA A REPRODUÇÃO DE QUALQUER PARTE DESTES TRABALHOS.	<input checked="" type="checkbox"/>

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 12/03/2017

Assinatura conforme cartão de identificação:

Maria Isabel Lourenço de Barros Alves

Aos meus pais, por terem fé na ciência, e por me terem educado na crença da *res publica*, da política virtuosa, da cidadania crítica, da responsabilidade cívica pela justiça distributiva, da procura da equidade através da educação, da dedicação ao serviço público como retribuição pelas oportunidades que a democracia nos proporciona. Espero, como eles, perseverar em face da adversidade.

Ao meu irmão, meu condiscípulo, meu único par, pródigo e distante quanto sou intransigente e engajada. Havemos de encontrar-nos a meio caminho.

*“Até um ato puramente moral, sem qualquer esperança de efeito político visível e imediato, pode, gradual e indiretamente, ao longo do tempo, ganhar significado político.”*

Václav Havel, “Disturbing the Peace” 1991

**Protocolos de atuação no Parto Pré-termo: uma análise comparativa nacional.**

**Guidelines for preterm labour management: a comparative analysis of the Portuguese national reality.**

Maria Alves<sup>1</sup>, Ana Reynolds<sup>1,2</sup>, Ricardo Santos<sup>2,3</sup>, João Bernardes<sup>1,2,4,5</sup>

- 1- Departamento de Ginecologia-Obstetrícia e Pediatria da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto, Portugal
- 2- Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde (CINTESIS), Porto, Portugal
- 3- Centro Hospitalar do Médio Ave, Guimarães, Portugal
- 4- Hospital Pedro Hispano, Matosinhos, Portugal
- 5- Centro Hospitalar de São João, Porto, Portugal

Correspondência: Maria Alves ([maria\\_isabel\\_alves@hotmail.com](mailto:maria_isabel_alves@hotmail.com))

Rua de Cardosas, n.º 170, Moledo do Minho, Caminha 4910-214

Título para o cabeçalho: **Atuação no Parto Pré-termo: uma análise comparativa**

## **Protocolos de atuação no Parto Pré-termo: uma análise comparativa nacional.**

**Introdução:** Em Portugal, 7-8% dos partos são Partos Pré-termo (PPT). A abordagem do PPT é marcada por controvérsia científica, que resulta em diferenças sistemáticas na atuação em diferentes instituições. Apresentamos uma análise de concordância entre protocolos nacionais e internacionais de atuação no PPT.

**Métodos:** Foi realizada uma pesquisa por protocolos de atuação no PPT. Foram extraídos conteúdos referentes a: Definição de Ameaça de PPT (APPT) e PPT, Prevenção, Diagnóstico, Tocólise, Maturação Pulmonar e Neuroproteção. Foi realizada uma análise de concordância inter-protocolo, usando consensos obtidos por método de Delphi modificado. Foi atribuído um índice de 1, 0.5 ou 0, respetivamente, a “concordância” (igual significado clínico), “discordância parcial” (diferenças com possível significado clínico) e “discordância” (diferenças com significado clínico). Foram calculadas proporções de concordância inter-observador e medianas do índice de concordância para cada categoria clínica ( $MC_{ct}$ ).

**Resultados:** Foram incluídos cinco protocolos de hospitais nacionais e quatro de órgãos internacionais: WHO, ACOG, NICE e *European Association of Perinatal Medicine*.

A nível nacional, as discordâncias mais significativas correspondem ao PPT, Prevenção e Diagnóstico, com  $MC_{ct}$  de 0,25. APPT, Tocólise, Maturação Pulmonar e Neuroproteção apresentaram  $MC_{ct}$  de 0,50. Internacionalmente, apenas quatro categorias puderam ser analisadas, com  $MC_{ct}$  de 0,75 na Neuroproteção; 0,25 no PPT e Maturação pulmonar; 0,00 na Tocólise, a maior discordância verificada.

**Discussão:** Existem diferenças com possível significado clínico na abordagem do PPT a nível nacional e internacional.

**Conclusão:** São necessários estudos que avaliem o impacto destas diferenças e o potencial para construção de consensos através de normas nacionais para atuação no PPT.

## **Guidelines for preterm labour management: a comparative analysis of the Portuguese national reality.**

**Introduction:** Preterm labour (PTL) represents 7-8% of all Portuguese labours. Its management is marked by ongoing controversies, resulting in systematic variability in management in different institutions. We present an assessment of agreement among national and international PTL management guidelines.

**Methods:** A search for PTL management guidelines was performed. The following contents were extracted: Definition of Threatened PTL (TPTL) or Established (EPTL), Prevention, Diagnosis, Tocolysis, Fetal Lung Maturation and Neuroprotection. An inter-guideline agreement analysis was performed using a consensus obtained through a modified Delphi approach. A score of 1, 0.5 or 0 was given, for “agreement” (similar clinical significance), “partial disagreement” (differences with possible clinical significance) and “disagreement” (differences with clinical significance), respectively. Median inter-guideline agreement scores ( $MC_{ct}$ ) and inter-observer Proportions of Agreement were calculated.

**Results:** Five national protocols fulfilled selection criteria. Four international guidelines were also considered: WHO, ACOG, NICE and European Association of Perinatal Medicine. Nationwide, more significant inter-guideline disagreements related to definition of EPTL, Prevention and Diagnosis, with  $MC_{ct}$  of 0,25. TPTL, Tocolysis, Fetal Pulmonary Maturation and Neuroprotection were similarly agreeing, with  $MC_{ct}$  of 0,5. In international guidelines only four clinical categories were analyzed, with Neuroprotection achieving a  $MC_{ct}$  of 0,75; EPTL and Pulmonary Maturation reaching a  $MC_{ct}$  of 0,25; and Tocolysis presenting the lowest  $MC_{ct}$  of 0,00.

**Discussion:** There are differences among the PTL management guidelines published internationally and in Portugal that may have clinical significance.

**Conclusion:** Further research is warranted to assess the potential for assembling of a wider national consensus through more explicit health policies.

**Palavras-chave/keywords:** “Obstetric Labor, Premature”, “Tocolysis”, “Neuroprotective Agents”, “Child Mortality”

## INTRODUÇÃO

A Equidade na Saúde é a ausência de diferenças sistemáticas e potencialmente remediáveis em um, ou mais aspectos da Saúde, em populações ou subgrupos populacionais definidos social, demográfica ou geograficamente <sup>1</sup>. Uma das dimensões menos perspetivada da variabilidade no acesso aos cuidados de saúde é a que deriva da dificuldade de translação para a prática clínica da dinâmica dos consensos científicos necessários à definição do estado da arte. Nestes casos a desigualdade tem que ser dissociada do conceito de injustiça social, uma vez que a falta de consenso que a gera também impossibilita uma definição unificada da melhor prática possível de acordo com a evidência. Na Obstetrícia, o Parto Pré-termo (PPT), constitui um exemplo significativo desta dinâmica, marcado pela indeterminação científica e assumindo relevância pela sua ampla incidência e pelo impacto que comporta na mortalidade e saúde materno-infantil.

O PPT, definido como o que acontece antes das 37 semanas de gestação, contabilizou em 2014, a nível nacional, 5832 partos, 7.15% do total, com principal relevância nos partos gemelares, onde amonta a 63.48% do total. <sup>2</sup>

O PPT é o determinante independente de desfechos adversos infantis com maior impacto na sobrevida e qualidade de vida, bem como a primeira causa de morte neonatal e a segunda em crianças abaixo dos 5 anos, a nível mundial. <sup>3</sup>

A morbimortalidade atribuível ao PPT pode ser reduzida através de intervenções sobre a gestante durante a gravidez e o parto, e sobre o recém-nascido. Estas intervenções podem ser direcionadas à minimização de risco na população geral, ou em casos de risco aumentado, mas as que conferem maior benefício, são realizadas sobre a gestante quando o PPT é inevitável. Essas intervenções possibilitam a melhoria da sobrevida e da saúde do recém-nascido, sendo dirigidas a complicações da prematuridade como imaturidade pulmonar, suscetibilidade à infeção e complicações neurológicas, nomeadamente através da corticoterapia para maturação pulmonar, Sulfato de Magnésio e profilaxia antibiótica. <sup>3</sup>

No entanto, apesar de amplos esforços na prevenção das complicações do PPT, no que concerne à mortalidade infantil atribuível ao PPT, o impacto mantém-se aquém do desejável. Face a uma tendência geral de declínio da mortalidade infantil (mortalidade abaixo dos 5 anos entre 2000 e 2013), a proporção de declínio da mortalidade atribuível ao PPT (aproximadamente 2%/ano) é largamente inferior à redução na mortalidade por todas as causas (>4%/ano). <sup>4</sup>

São aplicáveis à realidade nacional duas das razões apontadas para este insucesso: o facto da etiologia e mecanismos subjacentes ao PPT permanecerem desconhecidos, dificultando a descoberta de métodos eficazes de prevenção e tratamento; e a discrepância entre conhecimento científico e atuação no PPT (“know-do gap”) causada pela multiplicidade de fontes de informação e controvérsias, bem como pela velocidade a que estas surgem, o que torna a sua translação para a prática clínica um desafio. <sup>4</sup> Nestas situações, e de acordo com a WHO, estratégias explícitas de cuidados de saúde devem ter um papel uniformizador, priorizando, difundindo informação e agindo como construtoras de consensos. A ausência de estratégias uniformizadoras, como Normas de Orientação Clínica, resulta, inevitavelmente, em



variabilidade na oferta de cuidados de saúde, constituindo um obstáculo à progressão para uma oferta universal e equitativa de Medicina baseada na evidência.

Com o presente estudo, pretende-se, analisar a variabilidade dos protocolos clínicos de abordagem do PPT a nível nacional e discuti-la no contexto da variabilidade encontrada em *guidelines* internacionais.

## MÉTODOS

Numa primeira fase, foi realizada uma pesquisa eletrónica e manual dos mais recentes protocolos de atuação em Medicina Materno-fetal publicados em Portugal. Foram recolhidos os protocolos referentes ao PPT/APPT, Tocólise, Neuroprotecção, Indução da Maturação Pulmonar com Corticoterapia. Foi excluída a profilaxia antibiótica de infeção neonatal por *Streptococcus* do Grupo B, por se considerar a prática neste âmbito amplamente consensualizada em normas da Direção Geral de Saúde. Obtiveram-se protocolos da Maternidade Alfredo da Costa, Lisboa, Hospital de Santa Maria, Lisboa, Centro Hospitalar do Alto Ave, Guimarães, Centro Hospitalar Tondela-Viseu, Viseu, e Centro Hospitalar São João, Porto, datadas de 2011, 2012, 2013, 2014, 2014, tendo sido os autores das menos recentes contactados para averiguação de edições mais recentes ou atualizações. Nessa segunda fase de recolha, foi facultado pela Maternidade Alfredo da Costa um documento de atualização ao protocolo, que foi considerado nesta análise.

Dada a diversidade de formatos e estilos das diferentes publicações, a análise foi referenciada a categorias clínicas previamente delineadas com base na literatura e no que se considerou clinicamente relevante: Definição de TPPT ou equivalente, Definição de APPT ou equivalente, Prevenção do PPT, Diagnóstico, Tocólise, Maturação Pulmonar e Neuroprotecção

Os vários procedimentos protocolados foram comparados por categoria clínica e contextualizados em *guidelines* e recomendações internacionais, sempre que possível, nomeadamente as *“WHO recommendations on interventions to improve preterm birth outcomes”*, *“NICE Guideline 25: Preterm labour and birth”*, *“European Association of Perinatal Medicine-Study Group on Preterm Birth: Guidelines for the management of spontaneous preterm labor: identification of spontaneous preterm labor, diagnosis of preterm premature rupture of membranes, and preventive tools for preterm birth”* e *“The American College of Obstetricians and Gynecologists: Practice bulletin n.171 Management of Preterm Labor”*.

Sempre que para uma categoria clínica foi possível encontrar três ou mais protocolos completos, estes foram incluídos na análise de concordância inter-protocolo e inter-*guideline*. Procedeu-se a anonimização dos protocolos (identificados por números) e das *guidelines* (identificados por letras) para efeito de atribuição de índice de concordância.

Utilizou-se, para obtenção de consenso entre três especialistas de Ginecologia e Obstetrícia, um método tipo Delphi (primeira ronda e avaliação independente pelos especialistas, segunda ronda de reavaliação com conhecimento das avaliações não nominais dos outros especialistas e terceira ronda final de consenso entre todos). Para cada categoria clínica, os especialistas atribuíram um índice de concordância entre os diversos ensaios de concordância realizados entre os protocolos considerados (e.g. protocolo 1 vs 2, 1 vs 3, 1 vs 4, 1 vs 5, 2 vs 3, 2 vs 4, 2 vs

5, 3 vs 4, 4 vs 5). Foi atribuída uma pontuação de 1 para “concordância” (significado clínico semelhante), 0.5 para “discordância parcial” (diferenças com possível significado clínico) e 0 para “discordância” (diferenças com significado clínico). Considerou-se atingido consenso sempre que se registou maioria ou unanimidade dos especialistas em relação a cada ensaio de concordância entre os protocolos, tendo sido apenas necessárias duas rondas de atribuição de índice concordância e para que fosse encontrado consenso em todas as combinações analisadas.

Para cada categoria clínica, foi calculada a mediana dos índices de concordância inter-protocolos atribuídos por consenso. Finalmente, atingido o consenso para cada combinação, foi calculada a mediana dos consensos das combinações referente a cada protocolo ( $MC_{pt}$ ), sendo depois obtida a mediana destes para cada categoria em análise ( $MC_{ct}$ ).

Para avaliação da objetividade da atribuição do índice de concordância inter-protocolos (0, 0,5 ou 1) foram calculadas Proporções de Concordância (PC) Inter-especialistas.

## RESULTADOS

### Concordância inter-especialistas na atribuição da concordância inter-protocolos e inter-guidelines

(inserir tabela 1)

As PC inter-especialistas na atribuição de índices de concordância inter-protocolos, apresentam-se na **Tabela 1** para os protocolos nacionais e as *guidelines* internacionais. As PC a nível dos protocolos nacionais apresentaram uma mediana de 0,533, com uma variação entre 0, 222 (categoria “Prevenção” com um número total de combinações muito reduzido =9) e 0,767 (categoria “Definição de TPPT” com o número total de combinações significativamente maior =30, igual ao que se encontra nas restantes categorias).

A nível internacional as PC apresentaram uma mediana de 0,556 e variaram entre 0,556 (categorias “Definição de PPT”, “Maturação Pulmonar” e “Neuroprotecção”) e 1 (categoria “Tocólise”), com um total de combinações por categoria de 9 em todas as categorias clínicas analisadas.

### Concordância inter-protocolos e inter-guidelines após consenso de especialistas

(inserir tabela 2)

Na **Tabela 2** apresentam-se os resultados dos índices de concordância inter-protocolos e inter-guidelines, após o consenso de especialistas, identificando-se as respectivas  $MC_{ct}$  para os protocolos nacionais e as *guidelines* internacionais, bem como os protocolos mais e menos frequentemente em concordância em cada categoria.

### Definição de APPT ou equivalentes

(inserir tabela 3)

Os conteúdos dos diversos protocolos quanto a esta categoria clínica, bem como as respectivas  $MC_{pt}$  e  $MC_{ct}$  encontram-se descritos na **Tabela 3**. Na definição de APPT, obtiveram-se  $MC_{pt}$  entre 0.00 (protocolo 5) e 0.50 (restantes), e uma  $MC_{ct}$  de 0,50.

Da tabela consta ainda o conteúdo da única *guideline* internacional que continha informação completa relativa à categoria, não tendo sido sujeita a análise de concordância.

### **Definição de TPPT ou equivalentes**

(inserir tabela 4)

Nesta categoria foi possível analisar concomitantemente as *guidelines* internacionais. Os conteúdos dos diversos protocolos e *guidelines* quanto a este parâmetro, bem como as respectivas  $MC_{pt}$  e  $MC_{ct}$  encontram-se descritos na **tabela 4**. Na definição de PPT, nos protocolos nacionais, obtiveram-se  $MC_{pt}$  entre 0.00 (protocolos 2 e 5) e 0.25 (restantes), e uma  $MC_{ct}$  de 0,25. Nas *guidelines* internacionais, obtiveram-se  $MC_{pt}$  entre 0.00 (*guideline* a) e 0.25 (restantes), e uma  $MC_{ct}$  de 0,25.

### **Prevenção**

(inserir tabela 5)

Os conteúdos dos diversos protocolos quanto a esta categoria, bem como as respectivas  $MC_{pt}$  e  $MC_{ct}$ , encontram-se descritos na **tabela 5**. Dada a não referência, em dois dos protocolos em análise, a quaisquer estratégias de prevenção secundária, optou-se, para efeitos de análise de concordância, por considerar a sua ausência como *missing*, e não como negação de qualquer tipo de intervenção preventiva, sendo estudada a concordância apenas entre os protocolos de intervenção presentes nas restantes publicações. Na análise de estratégias de prevenção secundária, obtiveram-se  $MC_{pt}$  entre 0.00 (protocolo 2) e 0.25 (restantes), e uma  $MC_{ct}$  de 0,25. Da tabela consta ainda o conteúdo da única *guideline* internacional que continha informação completa relativa ao parâmetro, não tendo sido sujeita a análise de concordância.

### **Processo diagnóstico**

(inserir tabela 6)

Os conteúdos dos diversos protocolos quanto a esta categoria, bem como as respectivas  $MC_{pt}$  e  $MC_{ct}$  encontram-se descritos na **tabela 6**. Na análise dos processos de diagnóstico protocolados, obtiveram-se  $MC_{pt}$  entre 0.00 (protocolos 2 e 4) e 0.25 (restantes), e uma  $MC_{ct}$  de 0,25.

Da tabela consta ainda o conteúdo das *guidelines* internacionais que continham informação completa relativa ao parâmetro, para fins de contextualização, não tendo sido sujeitas a análise de concordância, por a amostra não ter a dimensão necessária à inclusão.

### **Tocólise**

(inserir tabela 7)

Nesta categoria foi possível analisar concomitantemente as *guidelines* internacionais. Os conteúdos dos diversos protocolos e *guidelines* quanto a este parâmetro, bem como as respetivas MC<sub>pt</sub> e MC<sub>ct</sub> encontram-se descritos na **tabela 7**. Quanto às estratégias de tocolise, nos protocolos nacionais, todos apresentaram MC<sub>pt</sub> de 0.50, resultando numa MC<sub>ct</sub> de 0.50. Nas *guidelines* internacionais, todos apresentaram MC<sub>pt</sub> de 0.00, resultando numa MC<sub>ct</sub> de 0.00.

### **Maturação Pulmonar**

(inserir tabela 8)

Nesta categoria foi possível analisar concomitantemente as *guidelines* internacionais. Os conteúdos dos diversos protocolos e *guidelines* quanto a esta categoria, bem como as respetivas MC<sub>pt</sub> e MC<sub>ct</sub> encontram-se descritos na **tabela 8**. Quanto às estratégias de Maturação Pulmonar, nos protocolos nacionais, obtiveram-se MC<sub>pt</sub> entre 0.25 (protocolos 4) e 0.50 (restantes), e uma MC<sub>ct</sub> de 0,50. Nas *guidelines* internacionais, obtiveram-se MC<sub>pt</sub> entre 0.25 (*guidelines* a e b) e 0.50 (*guideline*), e uma MC<sub>ct</sub> de 0,25.

### **Neuroproteção**

(inserir tabela 9)

Nesta categoria foi possível analisar concomitantemente as *guidelines* internacionais. Os conteúdos dos diversos protocolos e *guidelines* quanto a este parâmetro, bem como as respetivas MC<sub>pt</sub> e MC<sub>ct</sub> encontram-se descritos na **tabela 9**. Quanto às estratégias de Neuroproteção, nos protocolos nacionais, obtiveram-se MC<sub>pt</sub> entre 0.00 (protocolo 2) e 0.75 (protocolo 1), e uma MC<sub>ct</sub> de 0,50. Nas *guidelines* internacionais, obtiveram-se MC<sub>pt</sub> entre 0.50 (*guideline* c) e 0.75 (*guidelines* a e b), e uma MC<sub>ct</sub> de 0,75.

## **DISCUSSÃO**

Apesar do esforço de recolha de protocolos e *guidelines*, poderemos não ter incluído todos os protocolos de atuação materno-fetal publicados em livro em Portugal e ter cometido um viés de amostragem. No entanto, a dimensão da amostra não adquire particular relevância no contexto dos objetivos deste estudo, uma vez que se pretendia pesquisar e existência de fenómenos de discordância, que se revelaram evidentes na amostra disponível. A amostra utilizada, ainda que incompleta, incluiu instituições relevantes, e foi suficiente para ilustrar a existência do fenómeno procurado, justificando, *per se*, a necessidade de mais investigação e possível intervenção no sentido da criação de normas de orientação clínica nacionais para a uniformização da prática clínica.

Um outro viés poderá, também, advir dos anos de publicação das normas terem variado entre 2011 (com atualização corrigido para 2015) e 2014. Na verdade apesar de serem aparentes menores discordâncias inter-protocolos em publicações mais recentes, o grande intervalo de tempo necessário à atualização ou publicação de novos protocolos por cada uma das instituições, poderá ser sempre fonte de discordância, traduzindo o fenómeno “know-do gap” acima descrito. Este fenómeno seria, também, atenuado pela criação de um protocolo de atuação nacional unificado, que, concentrando numa só instituição o esforço de pesquisa e

revisão do protocolo, teria maior capacidade de garantir a sua atualização, para além de permitir a melhoria da qualidade científica do mesmo pela concentração dos recursos necessários a uma abordagem metodológica mais sólida na sua formulação.

Na abordagem de cada categoria clínica foram encontrados alguns aspetos específicos passíveis de discussão. Na categoria “APPT e equivalentes”, no caso do protocolo 4, foi incluída na análise a terminologia “Contractilidade pré-termo”, por se considerar, pela sua definição, poder tratar-se de uma entidade equivalente à APPT, termo também utilizado no mesmo protocolo. Ainda nessa categoria, do protocolo 5, foi incluída na íntegra a definição de APPT que está patente nos documentos publicados pela instituição autora, sendo o índice atribuído consoante a mesma, apesar de considerarmos que esta definição constitui uma troca por lapso de edição a com a definição de TPPT. Na categoria “TPPT e equivalentes”, na ausência de uma definição explícita de TPPT, foram consideradas definições mais amplas de PPT presentes nos protocolos e *guidelines*, de forma a incluir na análise as IGs consideradas. Na categoria “Maturação Pulmonar”, o protocolo 2 apresentava, em diferentes capítulos, diferentes dosagens indicadas de Betametasona, sendo, para efeitos de análise de concordância, considerada a mais concordante com os restantes protocolos.

Um outro aspeto discutível na análise de concordância inter-protocolos e inter-*guidelines* é o do significado a ser atribuído à ausência, num protocolo, de informação relativa a uma das categorias clínicas consideradas (e.g. Prevenção). Para efeitos de análise de concordância, tendo-se verificado a ausência de referência a Prevenção em dois dos protocolos, estes foram considerados como omissões, sendo a análise restrita aos protocolos dos quais constava informação explícita sobre a categoria clínica. Este tipo de análise pressupõe que a não referência das estratégias preventivas nos protocolos não implica uma orientação no sentido da não intervenção, mas sim uma omissão, sendo a atuação na implementação de estratégias preventivas da responsabilidade de cada clínico. No entanto, seria admissível considerar que essa ausência de referência é equivalente a uma orientação no sentido da não-intervenção, sendo que, partindo dessa interpretação, obter-se-ia uma amplificação dos fenómenos de discordância mesmo assim encontrados. Não obstante as possíveis interpretações, permanece a ausência de orientações para a uniformização da prática, numa área de incerteza científica, promovendo disparidades no tratamento oferecido.

Outro aspeto a considerar é a subjetividade na atribuição dos índices de concordância, emergindo principalmente do conceito de significado clínico. No entanto, do estudo das Proporções de concordância inter-observador na primeira fase do método de Delphi, depreende-se que, no total das combinações avaliadas, os observadores concordaram entre si em 55% das atribuições de score, antes de se iniciar o processo de convergência para atingimento de consenso.

Avaliando em confrontação a discordância inter-protocolo e inter-*guideline* nas categorias em que foi possível calculá-la para as *guidelines* internacionais é de notar a proximidade nas  $MC_{ct}$  nos casos da definição de PPT e equivalentes, maturação pulmonar e neuroprotecção. Quanto à tocolise, a  $MC_{ct}$  nacional de 0,5, representativa de ligeiras variações na escolha de agentes, idade gestacional limite e duração máxima da terapêutica, contrasta com a  $MC_{ct}$  das *guidelines* internacionais de 0,00 com *range* (0,00-0,00) e 100% de concordância inter-observador na

atribuição do índice, resultantes de diferenças profundas nas *guidelines*, passando pela não recomendação de tocólise aguda ou de manutenção numa das *guidelines*, enquanto as duas restantes apresentam disparidades nas indicações e agentes farmacológicos (p.ex. recomendação vs. contra-indicação do uso de beta-miméticos enquanto agentes tocolíticos). A inferior discordância a nível nacional é, neste caso, ilustrativa da convergência de todos os protocolos em estratégias de ação mais uniformes e semelhantes às veiculadas por uma das *guidelines* internacionais.

## **CONCLUSÃO**

Em conclusão, verifica-se significativa variação nas intervenções no PPT entre protocolos nacionais e entre *guidelines* internacionais, contextualizadas na marcada incerteza que ainda se verifica quanto ao tema no plano científico, e pelas dificuldades de translação do conhecimento gerado para a prática clínica

São necessários estudos que avaliem o impacto desta variabilidade nos *outcomes*, através dos indicadores de saúde, bem como o custo-benefício das diferentes intervenções, de forma a quantificar o potencial benefício na saúde das populações, para além dos ganhos na equidade no acesso aos cuidados de saúde, que podem advir da produção de normas de orientação clínicas uniformizadas a nível nacional.

Dada a dinâmica da produção científica na área do PPT e o potencial impacto na Saúde materno-infantil que deriva da sua elevada prevalência, recomenda-se a ponderação do potencial benefício na criação de normas de orientação nacionais para a atuação no PPT, sem deixar de contemplar a diversidade de recursos disponíveis a cada instituição, bem como as suas limitações e potencialidades específicas, mas permitindo melhorar a qualidade científica e a atualização das orientações, convergindo em maior equidade na oferta de cuidados de saúde.

## **Agradecimentos**

Os autores gostariam de agradecer a colaboração de Prof. Doutora Fátima Serrano, Dr. Francisco Nogueira Martins, Dr. Nuno Nogueira Martins e Dr. José Furtado na recolha dos protocolos em análise.

Os autores consideram que não existem conflitos de interesse.

## REFERÊNCIAS

1. Macinko J, Starfield B. Annotated Bibliography on Equity in Health, 1980-2001. *Int J Equity Health* 2002; 1:1
2. Instituto Nacional de Estatística IP. Estatísticas demográficas 2014. Lisboa: INE L.P.; 2015.
3. World Health Organization. WHO recommendations on interventions to improve preterm birth outcomes. Geneva: World Health Organization; 2015.
4. Yamey G, Horváth H, Schmidt L, Myers L, Brindis CD. Reducing the global burden of Preterm Birth through knowledge transfer and exchange: a research agenda for engaging effectively with policymakers. *Reprod Health*. 2016; 13:26

**Tabela 1 Proporções de Concordância inter-especialistas na atribuição de índices de concordância inter-protocolos Nacionais e Internacionais por categoria clínica.**

	Nacionais		Internacionais	
	PC	Combinações	PC	Combinações
APPT	0,633	30	-	-
TPPT	0,767	30	0,556	9
Prevenção	0,222	9	-	-
Diagnóstico	0,367	30	-	-
Tocólise	0,533	30	1	9
Maturação Pulmonar	0,533	30	0,556	9
Neuroproteção	0,333	30	0,556	9
Média	0,484		0,667	
Mediana	0,533		0,556	
Média do total das PC	0,551			

APPT- definição de ameaça de parto pré-termo, TPPT- definição de trabalho de parto pré-termo

**Tabela 2 Concordância inter-protocolos e inter-guideline por consenso de especialistas para cada uma das categorias clínicas consideradas**

	Protocolos Nacionais			Guidelines		
	Mais frequentemente concordantes	Menos frequentemente concordantes	Mediana do índice de concordância por consenso MC <sub>ct</sub> (min-max)	Mais frequentemente concordantes	Menos frequentemente concordantes	Mediana do índice de concordância por consenso MC <sub>ct</sub> (min-max)
APTT	1,2,3,4	5	0,50(0,00-0,50)	-	-	-
PPT	1,3,4	2,5	0,25(0,00-0,25)	b,c	A	0,25(0,00-0,25)
Prevenção	1,3	2	0,25(0,00-0,25)	-	-	-
Diagnóstico	1,2,5	3,4	0,25(0,00-0,25)	-	-	-
Tocólise	equivalentes	equivalentes	0,50(0,50-0,50)	equivalentes	equivalentes	0,00(0,00-0,00)
Maturação pulmonar	1,2,3,5	4	0,50(0,25-0,50)	C	a,b	0,25(0,25-0,50)
Neuroproteção	1,3,4,5	2	0,50(0,00-0,75)	a,b	C	0,75(0,50-0,75)

APTT- definição de ameaça de parto pré-termo, TPPT- definição de trabalho de parto pré-termo.



**Tabela 3 Resumo dos protocolo (1,2,3,4 ou 5) e guidelines (c) na categoria Ameaça de Parto Pré-termo.**

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(c)
IG	< 37 s	<37 s	<37 s(259 dias)	20 -37 s	<37 s	<37s0d
Dinâmica uterina	> 2 contrações /10 min durante 40 min	uterinas frequentes, regulares, dolorosas	contractilidade uterina frequente e regular	contractilidade pré-termo: contractilidade regular na inexistência de alterações cervicais	contrações uterinas dolorosas e regulares (4/ 20 min. ou 8/60 min.)	contractilidade regular
Alterações cervicais	formação do segmento inferior mas sem repercussão cervical	formação do segmento inferior uterino, mas sem apagamento ou dilatação do colo do útero	formação do segmento inferior uterino, mas sem repercussão cervical.	APPT: colo< 3cm e/ou < 80% de apagamento	alterações cervicais (apagamento ≥80% e/ou dilatação >2 cm)	Avaliação clínica exclui trabalho de parto estabelecido (ausência de dilatação progressiva ≥4 cm)
MC <sub>pt</sub>	0,50	0,50	0,50	0,50	0,00	
MC <sub>ct</sub> (mín-máx)	0,50 (0,00-0,50)					

**MC<sub>pt</sub>**: mediana dos índices de concordância inter-protocolos de cada protocolo, atribuídos pelo consenso dos especialistas. **MC<sub>ct</sub>**: mediana global dos índices de concordância inter-protocolos de cada protocolo.

**Tabela 4 Resumo dos protocolos (1,2,3,4,5) e guidelines (a,b,c) na categoria Trabalho de Parto Pré-termo.**

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(a)	(b)	(c)
IG	< 37 s	<37 s	<37 s(259 dias),	20 -37 s	<37 s	<37 w	20s0d – 36s6d	<37s0d
DU	> 2 contrações /10 min durante 40 min		contractilidade uterina frequente e regular	contractilidade regular			contractilidade regular	contractilidade regular
Dilatação	> 3cm		dilatação cervical	dilatação			≥2 cm	progressiva ≥4 cm
Extinção	extinção > 80%		com extinção	apagamento			extinção	
MC <sub>pt</sub>	0,25	0,00	0,25	0,25	0,00	0,00	0,25	0,25
MC <sub>ct</sub> (mín-máx)	0,25 (0,00-0,25)					0,25 (0,00- 0,25)		

**IG**: idade gestacional. **DU**: Dinâmica uterina. **MC<sub>pt</sub>**: mediana dos índices de concordância inter-protocolos de cada protocolo, atribuídos pelo consenso dos especialistas. **MC<sub>ct</sub>**: mediana global dos índices de concordância inter-protocolos de cada protocolo.

**Tabela 5 Resumo dos protocolos (1,2,3,4,5) e guidelines (c) para a categoria clínica Prevenção.**

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(c)
Critério	CC< 25mm(Rastreo universal às 20-24 sem)	assintomática com CTG=2+contrações/ 10 min durante 40 min, CC= 15-25mm TFNf (-).	Colo curto assintomático (<20mm).	Não mencionada	Não mencionada	CC<25 mm (entre 16s0d e 24s0d)
Intervenção	CC < 5 mm: ponderar internamento /corticoterapia (>24s) CC= 5-25 mm: progesterona 200 mg/dia até 36 sem	Progesterona (entre as 24 e 34 sem)	Progesterona 100-200mg/noite (início imediato)			Progesterona vaginal / cerclage ( se história de P-PROM ou trauma cervical)
MC <sub>pt</sub>	0,25	0,00	0,25	-	-	
MC <sub>ct</sub> (mín-máx)	0, 25 (0,00-0,25)					

CC: comprimento do colo medido por ecografia transvaginal. TFNf: teste de fibronectina fetal. P-PROM: rutura prematura de membranas. MC<sub>pt</sub>: mediana dos índices de concordância inter-protocolos de cada protocolo, atribuídos pelo consenso dos especialistas. MC<sub>ct</sub>: mediana global dos índices de concordância inter-protocolos de cada protocolo.

**Tabela 6 Resumo dos protocolos (1,2,3,4,5) e guidelines (c,d) para a categoria clínica Processo Diagnóstico.**

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(c)	(d)
1ª abordagem	clínica + CTG	clínica + CTG	Clínica + CTG + Critérios de risco ( inclui CC)	clínica + CTG + toque vaginal	Clínica +CTG +toque vaginal +CC	Clínica + exame ao espéculo+ toque vaginal	CC, TFNf, ou uma combinação de ambos , são os instrumentos mais úteis na determinação de alto risco de PPT.
Excluídas alterações cervicais consistentes com PPT	TFNf + CC	Assintomáticas= CC (se CC:15-25mm=TFNf) Sintomáticas= TFNf (se TFNf+=CC)	Não existe hierarquização das fases do processo diagnóstico	Contractilidade regular (≥2/30min) =CC	APPT + CC ≥20 e <30mm =TFNf	Se a avaliação clínica sugere APPT e IG ≥30+0 =CC (PPT ≤ 15 mm) Se CC contra-indicado ou indisponível =TFNf ( PPT >50 ng/ml) Não utilizar CC e TFNf em combinação	
MCDs utilizados em todo o processo	CTG + TFNf +CC	CTG + TFNf +CC	CTG +CC	CTG +CC	CTG + CC + TFNf	CC ou TFNf	CC+ TFNf CC ou TFNf
MC <sub>pt</sub>	0,25	0,25	0,00	0,00	0,25		
MC <sub>ct</sub> (mín-máx)	0,25(0,00-0,25)						

CTG: cardiotocografia. CC: comprimento do colo medido por ecografia transvaginal. TFNf: teste de fibronectina fetal. MCDs: Meios complementares de diagnóstico. MC<sub>pt</sub>: mediana dos índices de concordância inter-protocolos de cada protocolo, atribuídos pelo consenso dos especialistas. MC<sub>ct</sub>: mediana global dos índices de concordância inter-protocolos de cada protocolo.

**Tabela 7 Resumo dos protocolos (1,2,3,4,5) e guidelines (a,b,c) para a categoria clínica Tocólise.**

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(a)	(b)	(c)
IG	24-34 s + 6 d	24-34 s + 6 d	Até 34s+6d	24 - 34s	24-34 s + 6 d	aguda ou de manutenção não recomendadas se risco de PPT (recomendação condicional baseada em evidência de muito fraca qualidade)	Não menc.	24+0 – 33+6
Duração máx	48 h	Não mencionada	48h excepto Indometacina	72h	48 h		48h (permitir MP)	Não mencionada
Critério	PPT ou PPT iminente	TP iminente ou APPT	PPT ou PPT provável ou DUR sem FR (nem início de MP concomitante)	PPT ou PPT provável	PPT ou PPT iminente		Se indicada MP	APPT ou PTT
Agentes	Nifedipina Atosiban Indometacina Salbutamol	Atosiban (TP iminente) Nifedipina (se APPT)	Nifedipina Atosiban Indometacina	Nifedipina Atosiban Indometacina Salbutamol	Nifedipina Atosiban Indometacina		β(+) AINE's Ant. dos canais Ca	Nifedipina Antagonistas do receptor da oxitocina (se CI) ( β(+) não estão recomendados para tocólise)
MC <sub>pt</sub>	<b>0,50</b>	<b>0,50</b>	<b>0,50</b>	<b>0,50</b>	0,50	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>
MC <sub>ct</sub> (mín-máx)	0,50(0,50-0,50)					0,00 (0,00 – 0,00)		

**IG:** Idade gestacional. **DUR:** Dinâmica uterina regular. **FR:** fatores de risco. **MP:** maturação pulmonar. **TP:** trabalho de parto. **β(+):** Beta-miméticos. **AINE's:** anti-inflamatórios não-esteróides. **CI:** contra-indicações. **MC<sub>pt</sub>:** mediana dos índices de concordância inter-protocolos de cada protocolo, atribuídos pelo consenso dos especialistas. **MC<sub>ct</sub>:** mediana global dos índices de concordância inter-protocolos de cada protocolo.

**Tabela 8 Resumo dos protocolos (1,2,3,4,5) e guidelines (a,b,c) para a categoria clínica Maturação Pulmonar.**

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(a)	(b)	(c)
IG	24-34s6 d	24-34s6d	24s0d - 34s6d	24s0d - 34s0d	24s0d -34s6d	24-34s	24-34s	24s0d -35s6d
Critério	alto risco de APPT ou TPPT	APPT	risco de PPT	previsível PPT	internamento por PPT ou PPT provável	Risco de PPT em 7 dias (incluindo nas próx.24h)	Risco de PPT em 7 dias	APPT ou PPT
Ciclo de resgate	15 dias depois se necessário	passadas>2s + IG inicial <26s+ IG <32s6d +parto previsível em 7 dias	passadas>2s + IG inicial <26s+ IG <33s + risco de PPT aumentado	IG inicial <26s0d + IG >30s0d	passadas>2s + IG <33s + risco de PPT aumentado	passados >7dias +risco de PPT nos 7 d subsequentes	Não recomendado	Não repetir de forma rotineira, mas considerar intervalo desde 1º ciclo, IG e probabilidade de parto nas 48h subsequentes
Agentes	Betametasona Dexametasona.	Betametasona 12mg (2x-24h) Dexametasona 6mg (4x -12h).	Betametasona 12mg (2x - 24h) Dexametasona 6mg( 4x -12h).	Betametasona 12mg (2x- 24h) Dexametasona 6mg (4x - 6h)	Betametasona 12mg (2x -24h) Dexametasona 5mg ( 4x-12h)	Betametasona Dexametasona (total de 24mg)	CCT	CCT
MC <sub>pt</sub>	<b>0,50</b>	<b>0,50</b>	<b>0,50</b>	<b>0,25</b>	<b>0,50</b>	<b>0,25</b>	<b>0,25</b>	<b>0,50</b>
MC <sub>ct</sub> (mín-máx)	<b>0,50(0,25-0,50)</b>					<b>0,25(0,25-0,5)</b>		

**IG:** Idade gestacional. **MC<sub>pt</sub>:** mediana dos índices de concordância inter-protocolos de cada protocolo, atribuídos pelo consenso dos especialistas. **MC<sub>ct</sub>:** mediana global dos índices de concordância inter-protocolos de cada protocolo.

**Tabela 9 Resumo dos protocolos (1,2,3,4,5) e guidelines (a,b,c) para a categoria clínica Neuroproteção.**

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(a)	(b)	(c)
IG	24- 31s 6d	≤32s	≤32s	24s0d-31s6d	24-31s6d	<32s	<32s	24s0d-33s6d
Critério	PPT ou PPT iminente	(sem mais informação)	TPPT iminente (<24h) ou PPT programado	PPT previsível em 12h	PPT iminente (fase ativa dilatação>3cm):	Em risco de PPT iminente	Em risco de PPT iminente	PPT estabelecido
Agentes	Sulfato de Magnésio	Sulfato de Magnésio	Sulfato de Magnésio	Sulfato de Magnésio	Sulfato de Magnésio	Sulfato de Magnésio	Sulfato de Magnésio	Sulfato de Magnésio
MC <sub>pt</sub>	<b>0,75</b>	<b>0,00</b>	<b>0,50</b>	<b>0,50</b>	<b>0,50</b>	<b>0,75</b>	<b>0,75</b>	<b>0,50</b>
MC <sub>ct</sub> (mín-máx)	<b>0,50(0,00-0,75)</b>					<b>0,75(0,50-0,75)</b>		

**Neuroproteção. IG: Idade gestacional. MC<sub>pt</sub>: mediana dos índices de concordância inter-protocolos de cada protocolo, atribuídos pelo consenso dos especialistas. MC<sub>ct</sub>: mediana global dos índices de concordância inter-protocolos de cada protocolo.**

## **ANEXOS**

# Normas de Publicação da Acta Médica Portuguesa



## Acta Médica Portuguesa's Publishing Guidelines

Conselho Editorial ACTA MÉDICA PORTUGUESA  
Acta Med Port 2013, 5 de Novembro de 2013

### 1. MISSÃO

Publicar trabalhos científicos originais e de revisão na área biomédica da mais elevada qualidade, abrangendo várias áreas do conhecimento médico, e ajudar os médicos a tomar melhores decisões.

Para atingir estes objectivos a Acta Médica Portuguesa publica artigos originais, artigos de revisão, casos clínicos, editoriais, entre outros, comentando sobre os factores clínicos, científicos, sociais, políticos e económicos que afectam a saúde. A Acta Médica Portuguesa pode considerar artigos para publicação de autores de qualquer país.

### 2. VALORES

- Promover a qualidade científica.
- Promover o conhecimento e actualidade científica.
- Independência e imparcialidade editorial.
- Ética e respeito pela dignidade humana.
- Responsabilidade social.

### 3. VISÃO

Ser reconhecida como uma revista médica portuguesa de grande impacto internacional.

Promover a publicação científica da mais elevada qualidade privilegiando o trabalho original de investigação (clínico, epidemiológico, multicêntrico, ciência básica).

Constituir o fórum de publicação de normas de orientação.

Ampliar a divulgação internacional.

**Lema:** "Primum non nocere, primeiro a Acta Médica Portuguesa"

### 4. INFORMAÇÃO GERAL

A Acta Médica Portuguesa é a revista científica com revisão pelos pares (*peer-review*) da Ordem dos Médicos. É publicada continuamente desde 1979, estando indexada na PubMed / Medline desde o primeiro número. Desde 2010 tem Factor de Impacto atribuído pelo Journal Citation Reports - Thomson Reuters.

A Acta Médica Portuguesa segue a política do livre acesso. Todos os seus artigos estão disponíveis de forma integral, aberta e gratuita desde 1999 no seu site [www.actamedicaportuguesa.com](http://www.actamedicaportuguesa.com) e através da Medline com interface PubMed.

A taxa de aceitação da Acta Médica Portuguesa é apro-

ximadamente de 55% dos mais de 300 manuscritos recebidos anualmente.

Os manuscritos devem ser submetidos *online* via "Submissões Online" <http://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/about/submissions#onlineSubmissions>.

A Acta Médica Portuguesa rege-se de acordo com as boas normas de edição biomédica do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), do Committee on Publication Ethics (COPE), e do EQUATOR Network Resource Centre Guidance on Good Research Report (desenho de estudos).

A política editorial da Revista incorpora no processo de revisão e publicação as Recomendações de Política Editorial (*Editorial Policy Statements*) emitidas pelo Conselho de Editores Científicos (Council of Science Editors), disponíveis em <http://www.councilscienceeditors.org/i4a/pages/index.cfm?pageid=3331>, que cobre responsabilidades e direitos dos editores das revistas com arbitragem científica. Os artigos propostos não podem ter sido objecto de qualquer outro tipo de publicação. As opiniões expressas são da inteira responsabilidade dos autores. Os artigos publicados ficarão propriedade conjunta da Acta Médica Portuguesa e dos autores.

A Acta Médica Portuguesa reserva-se o direito de comercialização do artigo enquanto parte integrante da revista (na elaboração de separatas, por exemplo). O autor deverá acompanhar a carta de submissão com a declaração de cedência de direitos de autor para fins comerciais.

Relativamente à utilização por terceiros a Acta Médica Portuguesa rege-se pelos termos da licença *Creative Commons* 'Atribuição – Uso Não-Comercial – Proibição de Realização de Obras Derivadas (by-nc-nd)'.

Após publicação na Acta Médica Portuguesa, os autores ficam autorizados a disponibilizar os seus artigos em repositórios das suas instituições de origem, desde que mencionem sempre onde foram publicados.

### 5. CRITÉRIO DE AUTORIA

A revista segue os critérios de autoria do "International Committee of Medical Journal Editors" (ICMJE).

Todos designados como autores devem ter participado significativamente no trabalho para tomar responsabilidade

pública sobre o conteúdo e o crédito da autoria.

Autores são todos que:

1. Têm uma contribuição intelectual substancial, directa, no desenho e elaboração do artigo
2. Participam na análise e interpretação dos dados
3. Participam na escrita do manuscrito, revendo os rascunhos; ou na revisão crítica do conteúdo; ou na aprovação da versão final

As condições 1, 2 e 3 têm de ser reunidas.

Autoria requer uma contribuição substancial para o manuscrito, sendo pois necessário especificar em carta de apresentação o contributo de cada autor para o trabalho.

Ser listado como autor, quando não cumpre os critérios de elegibilidade, é considerado fraude.

Todos os que contribuíram para o artigo, mas que não encaixam nos critérios de autoria, devem ser listados nos agradecimentos.

Todos os autores, (isto é, o autor correspondente e cada um dos autores) terão de preencher e assinar o “Formulário de Autoria” com a responsabilidade da autoria, critérios e contribuições; conflitos de interesse e financiamento e transferência de direitos autorais / *copyright*.

O autor Correspondente deve ser o intermediário em nome de todos os co-autores em todos os contactos com a Acta Médica Portuguesa, durante todo o processo de submissão e de revisão. O autor correspondente é responsável por garantir que todos os potenciais conflitos de interesse mencionados são correctos. O autor correspondente deve atestar, ainda, em nome de todos os co-autores, a originalidade do trabalho e obter a permissão escrita de cada pessoa mencionada na secção “Agradecimentos”.

## 6. COPYRIGHT / DIREITOS AUTORAIS

Quando o artigo é aceite para publicação é mandatório o envio via *e-mail* de documento digitalizado, assinado por todos os Autores, com a partilha dos direitos de autor entre autores e a Acta Médica Portuguesa.

O(s) Autor(es) deve(m) assinar uma cópia de partilha dos direitos de autor entre autores e a Acta Médica Portuguesa quando submetem o manuscrito, conforme minuta publicada em anexo:

Nota: Este documento assinado só deverá ser enviado quando o manuscrito for aceite para publicação.

Editor da Acta Médica Portuguesa

O(s) Autor(es) certifica(m) que o manuscrito intitulado: \_\_\_\_\_ (ref.

AMP \_\_\_\_\_) é original, que todas as afirmações apresentadas como factos são baseados na investigação do(s) Autor(es), que o manuscrito, quer em parte quer no todo, não infringe nenhum *copyright* e não viola nenhum direito da privacidade, que não foi publicado em parte ou no todo e que não foi submetido para publicação, no todo ou em parte, noutra revista, e que os Autores têm o direito ao *copyright*.

Todos os Autores declaram ainda que participaram no trabalho, se responsabilizam por ele e que não existe, da

parte de qualquer dos Autores conflito de interesses nas afirmações proferidas no trabalho.

Os Autores, ao submeterem o trabalho para publicação, partilham com a Acta Médica Portuguesa todos os direitos a interesses do *copyright* do artigo.

## Todos os Autores devem assinar

Data: \_\_\_\_\_

Nome (maiúsculas): \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

## 7. CONFLITOS DE INTERESSE

O rigor e a exactidão dos conteúdos, assim como as opiniões expressas são da exclusiva responsabilidade dos Autores. Os Autores devem declarar potenciais conflitos de interesse. Os autores são obrigados a divulgar todas as relações financeiras e pessoais que possam enviesar o trabalho.

Para prevenir ambiguidade, os autores têm que explicitamente mencionar se existe ou não conflitos de interesse.

Essa informação não influenciará a decisão editorial mas antes da submissão do manuscrito, os autores têm que assegurar todas as autorizações necessárias para a publicação do material submetido.

Se os autores têm dúvidas sobre o que constitui um relevante interesse financeiro ou pessoal, devem contactar o editor.

## 8. CONSENTIMENTO INFORMADO e APROVAÇÃO ÉTICA

Todos os doentes (ou seus representantes legais) que possam ser identificados nas descrições escritas, fotografias e vídeos deverão assinar um formulário de consentimento informado para descrição de doentes, fotografia e vídeos. Estes formulários devem ser submetidos com o manuscrito.

A Acta Médica Portuguesa considera aceitável a omissão de dados ou a apresentação de dados menos específicos para identificação dos doentes. Contudo, não aceitaremos a alteração de quaisquer dados.

Os autores devem informar se o trabalho foi aprovado pela Comissão de Ética da instituição de acordo com a declaração de Helsínquia.

## 9. LÍNGUA

Os artigos devem ser redigidos em português ou em inglês. Os títulos e os resumos têm de ser sempre em português e em inglês.

## 10. PROCESSO EDITORIAL

O autor correspondente receberá notificação da recepção do manuscrito e decisões editoriais por *email*.

Todos os manuscritos submetidos são inicialmente revistos pelo editor da Acta Médica Portuguesa. Os manuscritos são avaliados de acordo com os seguintes critérios: originalidade, actualidade, clareza de escrita, método de estudo apropriado, dados válidos, conclusões adequadas e apoiadas pelos dados, importância, com significância e

contribuição científica para o conhecimento da área, e não tenham sido publicados, na íntegra ou em parte, nem submetidos para publicação noutros locais.

A Acta Médica Portuguesa segue um rigoroso processo cego (*single-blind*) de revisão por pares (*peer-review*, externos à revista). Os manuscritos recebidos serão enviados a peritos das diversas áreas, os quais deverão fazer os seus comentários, incluindo a sugestão de aceitação, aceitação condicionada a pequenas ou grandes modificações ou rejeição. Na avaliação, os artigos poderão ser:

- a) aceites sem alterações;
- b) aceites após modificações propostas pelos consultores científicos;
- c) recusados.

Estipula-se para esse processo o seguinte plano temporal:

- Após a recepção do artigo, o Editor-Chefe, ou um dos Editores Associados, enviará o manuscrito a, no mínimo, dois revisores, caso esteja de acordo com as normas de publicação e se enquadre na política editorial. Poderá ser recusado nesta fase, sem envio a revisores.

- Quando receberem a comunicação de aceitação, os Autores devem remeter de imediato, por correio electrónico, o formulário de partilha de direitos que se encontra no *site* da Acta Médica Portuguesa, devidamente preenchido e assinado por todos os Autores.

- No prazo máximo de quatro semanas, o revisor deverá responder ao editor indicando os seus comentários relativos ao manuscrito sujeito a revisão, e a sua sugestão de quanto à aceitação ou rejeição do trabalho. O Conselho Editorial tomará, num prazo de 15 dias, uma primeira decisão que poderá incluir a aceitação do artigo sem modificações, o envio dos comentários dos revisores para que os Autores procedam de acordo com o indicado, ou a rejeição do artigo.

Os Autores dispõem de 20 dias para submeter a nova versão revista do manuscrito, contemplando as modificações recomendadas pelos peritos e pelo Conselho Editorial. Quando são propostas alterações, o autor deverá enviar, no prazo máximo de vinte dias, um *e-mail* ao editor respondendo a todas as questões colocadas e anexando uma versão revista do artigo com as alterações inseridas destacadas com cor diferente.

- O Editor-Chefe dispõe de 15 dias para tomar a decisão sobre a nova versão: rejeitar ou aceitar o artigo na nova versão, ou submetê-lo a um ou mais revisores externos cujo parecer poderá, ou não, coincidir com os resultantes da primeira revisão.

- Caso o manuscrito seja reenviado para revisão externa, os peritos dispõem de quatro semanas para o envio dos seus comentários e da sua sugestão quanto à aceitação ou recusa para publicação do mesmo.

- Atendendo às sugestões dos revisores, o Editor-Chefe poderá aceitar o artigo nesta nova versão, rejeitá-lo ou voltar a solicitar modificações. Neste último caso, os Autores dispõem de um mês para submeter uma versão revista, a qual poderá, caso o Editor-Chefe assim o determine, voltar

a passar por um processo de revisão por peritos externos.

- No caso da aceitação, em qualquer das fases anteriores, a mesma será comunicada ao Autor principal. Num prazo inferior a um mês, o Conselho Editorial enviará o artigo para revisão dos Autores já com a formatação final, mas sem a numeração definitiva. Os Autores dispõem de cinco dias para a revisão do texto e comunicação de quaisquer erros tipográficos. Nesta fase, os Autores não podem fazer qualquer modificação de fundo ao artigo, para além das correcções de erros tipográficos e/ou ortográficos de pequenos erros. Não são permitidas, nomeadamente, alterações a dados de tabelas ou gráficos, alterações de fundo do texto, etc.

- Após a resposta dos Autores, ou na ausência de resposta, após o decurso dos cinco dias, o artigo considera-se concluído.

- Na fase de revisão de provas tipográficas, alterações de fundo aos artigos não serão aceites e poderão implicar a sua rejeição posterior por decisão do Editor-Chefe.

Chama-se a atenção que a transcrição de imagens, quadros ou gráficos de outras publicações deverá ter a prévia autorização dos respectivos autores para dar cumprimento às normas que regem os direitos de autor.

## 11. PUBLICAÇÃO FAST-TRACK

A Acta Médica Portuguesa dispõe do sistema de publicação *Fast-Track* para manuscritos urgentes e importantes desde que cumpram os requisitos da Acta Médica Portuguesa para o *Fast-Track*.

- a) Os autores para requererem a publicação *fast-track* devem submeter o seu manuscrito em <http://www.actamedicaportuguesa.com/> “submeter artigo” indicando claramente porque consideram que o manuscrito é adequado para a publicação rápida. O Conselho Editorial tomará a decisão sobre se o manuscrito é adequado para uma via rápida (*fast-track*) ou para submissão regular;

- b) Verifique se o manuscrito cumpre as normas aos autores da Acta Médica Portuguesa e que contém as informações necessárias em todos os manuscritos da Acta Médica Portuguesa.

- c) O Gabinete Editorial irá comunicar, dentro de 48 horas, se o manuscrito é apropriado para avaliação *fast-track*. Se o Editor-Chefe decidir não aceitar a avaliação *fast-track*, o manuscrito pode ser considerado para o processo de revisão normal. Os autores também terão a oportunidade de retirar a sua submissão.

- d) Para manuscritos que são aceites para avaliação *fast-track*, a decisão Editorial será feita no prazo de 5 dias úteis.

- e) Se o manuscrito for aceite para publicação, o objectivo será publicá-lo, online, no prazo máximo de 3 semanas após a aceitação.

## 12. REGRAS DE OURO ACTA MÉDICA PORTUGUESA

- a) O editor é responsável por garantir a qualidade da revista e que o que publica é ético, actual e relevante para os leitores.



- b) A gestão de reclamações passa obrigatoriamente pelo editor-chefe e não pelo bastonário.
- c) O peer review deve envolver a avaliação de revisores externos.
- d) A submissão do manuscrito e todos os detalhes associados são mantidos confidenciais pelo corpo editorial e por todas as pessoas envolvidas no processo de peer-review.
- e) A identidade dos revisores é confidencial.
- f) Os revisores aconselham e fazem recomendações; o editor toma decisões.
- g) O editor-chefe tem total independência editorial.
- h) A Ordem dos Médicos não interfere directamente na avaliação, selecção e edição de artigos específicos, nem directamente nem por influência indirecta nas decisões editoriais.
- i) As decisões editoriais são baseadas no mérito de trabalho submetido e adequação à revista.
- j) As decisões do editor-chefe não são influenciadas pela origem do manuscrito nem determinadas por agentes exteriores.
- k) As razões para rejeição imediata sem peer review externo são: falta de originalidade; interesse limitado para os leitores da Acta Médica Portuguesa; conter graves falhas científicas ou metodológicas; o tópico não é coberto com a profundidade necessária; é preliminar de mais e/ou especulativo; informação desactualizada.
- l) Todos os elementos envolvidos no processo de peer review devem actuar de acordo com os mais elevados padrões éticos.
- m) Todas as partes envolvidas no processo de peer review devem declarar qualquer potencial conflito de interesses e solicitar escusa de rever manuscritos que sintam que não conseguirão rever objectivamente.

### 13. NORMAS GERAIS

#### ESTILO

Todos os manuscritos devem ser preparados de acordo com o “AMA Manual of Style”, 10th ed. e/ou “Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals”.

Escreva num estilo claro, directo e activo. Geralmente, escreva usando a primeira pessoa, voz activa, por exemplo, “Analisámos dados”, e não “Os dados foram analisados”. Os agradecimentos são as excepções a essa directriz, e deve ser escrito na terceira pessoa, voz activa; “Os autores gostariam de agradecer”. Palavras em latim ou noutra língua que não seja a do texto deverão ser colocadas em itálico.

Os componentes do manuscrito são: Página de Título, Resumo, Texto, Referências, e se apropriado, legendas de figuras. Inicie cada uma dessas secções em uma nova página, numeradas consecutivamente, começando com a página de título.

Os formatos de arquivo dos manuscritos autorizados incluem o *Word* e o *WordPerfect*. Não submeta o manuscrito em formato PDF.

#### SUBMISSÃO

Os manuscritos devem ser submetidos online, via “Submissão Online” da Acta Médica Portuguesa <http://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/about/submissions#onlineSubmissions>.

Todos os campos solicitados no sistema de submissão online terão de ser respondidos.

Após submissão do manuscrito o autor receberá a confirmação de recepção e um número para o manuscrito.

#### Na primeira página/ página de título:

- a) Título em **português e inglês**, conciso e descritivo
- b) Na linha da autoria, liste o Nome de todos os Autores (primeiro e último nome) com os títulos académicos e/ou profissionais e respectiva afiliação (departamento, instituição, cidade, país)
- c) Subsídio(s) ou bolsa(s) que contribuíram para a realização do trabalho
- d) Morada e *e-mail* do Autor responsável pela correspondência relativa ao manuscrito
- e) Título breve para cabeçalho

#### Na segunda página

- a) Título (sem autores)
- b) Resumo em **português e inglês**. Nenhuma informação que não conste no manuscrito pode ser mencionada no resumo. Os resumos não podem remeter para o texto, não podendo conter citações nem referências a figuras.
- c) Palavras-chave (*Keywords*). Um máximo de 5 *Keywords* em inglês utilizando a terminologia que consta no Medical Subject Headings (MeSH), <http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html>, devem seguir-se ao resumo.

#### Na terceira página e seguintes:

##### ■ Editoriais:

Os Editoriais serão apenas submetidos por convite do Editor. Serão comentários sobre tópicos actuais. Não devem exceder as 1.200 palavras nem conter tabelas/figuras e terão um máximo de 5 referências bibliográficas. Não precisam de resumo.

##### ■ Perspectiva:

Artigos elaborados apenas por convite do Conselho Editorial. Podem cobrir grande diversidade de temas com interesse nos cuidados de saúde: problemas actuais ou emergentes, gestão e política de saúde, história da medicina, ligação à sociedade, epidemiologia, etc.

Um Autor que deseje propor um artigo desta categoria deverá remeter previamente ao Editor-Chefe o respectivo resumo, indicação dos autores e título do artigo para avaliação.

Deve conter no máximo 1200 palavras (excluindo as referências e as legendas) e até 10 referências bibliográficas. Só pode conter uma tabela ou uma figura. Não precisa de resumo.

## ■ Artigos Originais:

O texto deve ser apresentado com as seguintes secções: Introdução (incluindo Objectivos), Material e Métodos, Resultados, Discussão, Conclusões, Agradecimentos (se aplicável), Referências, Tabelas e Figuras.

Os Artigos Originais não deverão exceder as 4.000 palavras, excluindo referências e ilustrações. Deve ser acompanhado de ilustrações, com um máximo de 6 figuras/tabelas e 60 referências bibliográficas.

O resumo dos artigos originais não deve exceder as 250 palavras e serão estruturados (com cabeçalhos: Introdução, Materiais e Métodos, Resultados, Discussão e Conclusão).

A Acta Médica Portuguesa, como membro do ICMJE, exige como condição para publicação, o registo de todos os ensaios num registo público de ensaios aceite pelo ICMJE (ou seja, propriedade de uma instituição sem fins lucrativos e publicamente acessível, por ex. [clinicaltrials.gov](http://clinicaltrials.gov)). Todos os manuscritos reportando ensaios clínicos têm de seguir o CONSORT *Statement* <http://www.consort-statement.org/>.

Numa revisão sistemática ou meta-análise de estudos randomizados siga as PRISMA *guidelines*.

Numa meta-análise de estudos observacionais, siga as MOOSE *guidelines* e apresente como um ficheiro complementar o protocolo do estudo, se houver um.

Num estudo de precisão de diagnóstico, siga as STARD *guidelines*.

Num estudo observacional, siga as STROBE *guidelines*.

Num *Guideline* clínico incentivamos os autores a seguir a GRADE *guidance* para classificar a evidência.

## ■ Artigos de Revisão:

Destinam-se a abordar de forma aprofundada, o estado actual do conhecimento referente a temas de importância. Estes artigos serão elaborados a convite da equipa editorial, contudo, a título excepcional, será possível a submissão, por autores não convidados (com ampla experiência no tema) de projectos de artigo de revisão que, julgados relevantes e aprovados pelo editor, poderão ser desenvolvidos e submetidos às normas de publicação.

Comprimento máximo: 3500 palavras de texto (não incluindo resumo, legendas e referências). Não pode ter mais do que um total de 4 tabelas e / ou figuras, e não mais de 50-75 referências.

O resumo dos artigos de revisão não deve exceder as 250 palavras e serão estruturados (com cabeçalhos: Introdução, Materiais e Métodos, Resultados, Discussão e Conclusão).

## ■ Caso Clínico:

O relato de um caso clínico com justificada razão de publicação (raridade, aspectos inusitados, evoluções atípicas, inovações terapêuticas e de diagnóstico, entre outras). As secções serão: Introdução, Caso Clínico, Discussão, Bibliografia.

O texto não deve exceder as 1.000 palavras e 15 refe-

rências bibliográficas. Deve ser acompanhado de figuras ilustrativas. O número de tabelas/figuras não deve ser superior a 5.

Inclua um resumo não estruturado que não exceda 150 palavras, que sumarie o objectivo, pontos principais e conclusões do artigo.

## ■ Imagens em Medicina (Imagem Médica):

A Imagem em Medicina é um contributo importante da aprendizagem e da prática médica. Poderão ser aceites imagens clínicas, de imagiologia, histopatologia, cirurgia, etc. Podem ser enviadas até duas imagens por caso.

Deve incluir um título com um máximo de oito palavras e um texto com um máximo de 150 palavras onde se dê informação clínica relevante, incluindo um breve resumo do historial do doente, dados laboratoriais, terapêutica e condição actual. Não pode ter mais do que três autores e cinco referências bibliográficas. Não precisa de resumo.

Só são aceites fotografias originais, de alta qualidade, que não tenham sido submetidas a prévia publicação. Devem ser enviados dois ficheiros: um com a qualidade exigida para a publicação de imagens e outra que serve apenas para referência em que o topo da fotografia deve vir indicado com uma seta. Para informação sobre o envio de imagens digitais, consulte as «Normas técnicas para a submissão de figuras, tabelas ou fotografias».

## ■ Guidelines / Normas de orientação:

As sociedades médicas, os colégios das especialidades, as entidades oficiais e / ou grupos de médicos que desejem publicar na Acta Médica Portuguesa recomendações de prática clínica, deverão contactar previamente o Conselho Editorial e submeter o texto completo e a versão para ser publicada. O Editor-Chefe poderá colocar como exigência a publicação exclusiva das recomendações na Acta Médica Portuguesa.

Poderá ser acordada a publicação de uma versão resumida na edição impressa cumulativamente à publicação da versão completa no *site* da Acta Médica Portuguesa.

## ■ Cartas ao Editor:

Devem constituir um comentário a um artigo da Acta Med Port ou uma pequena nota sobre um tema ou caso clínico. Não devem exceder as 400 palavras, nem conter mais de uma ilustração e ter um máximo de 5 referências bibliográficas. Não precisam de resumo.

Deve seguir a seguinte estrutura geral: Identificar o artigo (torna-se a referência 1); Dizer porque está a escrever; fornecer evidência (a partir da literatura ou a partir de uma experiência pessoal) fornecer uma súmula; citar referências.

A(s) resposta(s) do(s) Autor(es) devem observar as mesmas características.

Uma Carta ao editor discutindo um artigo recente da Acta Med Port terá maior probabilidade de aceitação se for submetida quatro semanas após a publicação do artigo.

**Abreviaturas:** Não use abreviaturas ou acrónimos no título nem no resumo, e limite o seu uso no texto. O uso de acrónimos deve ser evitado, assim como o uso excessivo e desnecessário de abreviaturas. Se for imprescindível recorrer a abreviaturas não consagradas, devem ser definidas na primeira utilização, por extenso, logo seguido pela abreviatura entre parênteses. Não coloque pontos finais nas abreviaturas.

**Unidades de Medida:** As medidas de comprimento, altura, peso e volume devem ser expressas em unidades do sistema métrico (metro, quilograma ou litro) ou seus múltiplos decimais.

As temperaturas devem ser dadas em graus Celsius (°C) e a pressão arterial em milímetros de mercúrio (mm Hg).

Para mais informação consulte a tabela de conversão “Units of Measure” no *website* da AMA Manual Style.

**Nomes de Medicamentos, Dispositivos ou outros Produtos:** Use o nome não comercial de medicamentos, dispositivos ou de outros produtos, a menos que o nome comercial seja essencial para a discussão.

## IMAGENS

Numere todas as imagens (figuras, gráficos, tabelas, fotografias, ilustrações) pela ordem de citação no texto.

Inclua um título/legenda para cada imagem (uma frase breve, de preferência com não mais do que 10 a 15 palavras).

A publicação de imagens a cores é gratuita.

No manuscrito, são aceitáveis os seguintes formatos: BMP, EPS, JPG, PDF e TIF, com 300 *dpis* de resolução, pelo menos 1200 *pixels* de largura e altura proporcional.

As Tabelas/Figuras devem ser numeradas na ordem em que são citadas no texto e assinaladas em numeração árabe e com identificação, figura/tabela. Tabelas e figuras devem ter numeração árabe e legenda. Cada Figura e Tabela incluídas no trabalho têm de ser referidas no texto, da forma que passamos a exemplificar:

Estes são alguns exemplos de como uma resposta imunitária anormal pode estar na origem dos sintomas da doença de Behçet (Fig. 4).

Esta associa-se a outras duas lesões cutâneas (Tabela 1).

Figura: Quando referida no texto é abreviada para Fig., enquanto a palavra Tabela não é abreviada. Nas legendas ambas as palavras são escritas por extenso.

Figuras e tabelas serão numeradas com numeração árabe independentemente e na sequência em que são referidas no texto.

Exemplo: Fig. 1, Fig. 2, Tabela 1

**Legendas:** Após as referências bibliográficas, ainda no ficheiro de texto do manuscrito, deverá ser enviada legenda detalhada (sem abreviaturas) para cada imagem. A imagem tem que ser referenciada no texto e indicada a sua localização aproximada com o comentário “Inserir Figura nº 1... aqui”.

**Tabelas:** É obrigatório o envio das tabelas a preto e

branco no final do ficheiro. As tabelas devem ser elaboradas e submetidas em documento *word*, em formato de tabela simples (*simple grid*), sem utilização de tabuladores, nem modificações tipográficas. Todas as tabelas devem ser mencionadas no texto do artigo e numeradas pela ordem que surgem no texto. Indique a sua localização aproximada no corpo do texto com o comentário “Inserir Tabela nº 1... aqui”. Neste caso os autores autorizam uma reorganização das tabelas caso seja necessário.

As tabelas devem ser acompanhadas da respectiva legenda/título, elaborada de forma sucinta e clara.

Legendas devem ser auto-explicativas (sem necessidade de recorrer ao texto) – é uma declaração descritiva.

**Legenda/Título das Tabelas:** Colocada por cima do corpo da tabela e justificada à esquerda. Tabelas são lidas de cima para baixo. Na parte inferior serão colocadas todas as notas informativas – notas de rodapé (abreviaturas, significado estatístico, etc.) As notas de rodapé para conteúdo que não caiba no título ou nas células de dados devem conter estes símbolos \*, †, ‡, §, ||, ¶, \*\*, ††, ‡‡, §§, ||||, ¶¶.

**Figuras:** Os ficheiros «figura» podem ser tantos quantas imagens tiver o artigo. Cada um destes elementos deverá ser submetido em ficheiro separado, obrigatoriamente em versão electrónica, pronto para publicação. As figuras (fotografias, desenhos e gráficos) não são aceites em ficheiros *word*.

Em formato TIF, JPG, BMP, EPS e PDF com 300 *dpis* de resolução, pelo menos 1200 *pixels* de largura e altura proporcional.

As legendas têm que ser colocadas no ficheiro de texto do manuscrito.

Caso a figura esteja sujeita a direitos de autor, é responsabilidade dos autores do artigo adquirir esses direitos antes do envio do ficheiro à Acta Médica Portuguesa.

**Legenda das Figuras:** Colocada por baixo da figura, gráfico e justificada à esquerda. Gráficos e outras figuras são habitualmente lidos de baixo para cima.

Só são aceites imagens de doentes quando necessárias para a compreensão do artigo. Se for usada uma figura em que o doente seja identificável deve ser obtida e remetida à Acta Médica Portuguesa a devida autorização. Se a fotografia permitir de forma óbvia a identificação do doente, esta poderá não ser aceite. Em caso de dúvida, a decisão final será do Editor-Chefe.

• **Fotografias:** Em formato TIF, JPG, BMP e PDF com 300 *dpis* de resolução, pelo menos 1200 *pixels* de largura e altura proporcional.

• **Desenhos e gráficos:** Os desenhos e gráficos devem ser enviados em formato vectorial (AI, EPS) ou em ficheiro bitmap com uma resolução mínima de 600 dpi. A fonte a utilizar em desenhos e gráficos será obrigatoriamente Arial.

As imagens devem ser apresentadas em ficheiros separados submetidos como documentos suplementares, em condições de reprodução, de acordo com a ordem em que

são discutidas no texto. As imagens devem ser fornecidas independentemente do texto.

## AGRADECIMENTOS (facultativo)

Devem vir após o texto, tendo como objectivo agradecer a todos os que contribuíram para o estudo mas não têm peso de autoria. Nesta secção é possível agradecer a todas as fontes de apoio, quer financeiro, quer tecnológico ou de consultoria, assim como contribuições individuais. Cada pessoa citada nesta secção de agradecimentos deve enviar uma carta autorizando a inclusão do seu nome.

## REFERÊNCIAS

Os autores são responsáveis pela exactidão e rigor das suas referências e pela sua correcta citação no texto.

As referências bibliográficas devem ser citadas numericamente (algarismos árabes formatados sobrescritos) por ordem de entrada no texto e ser identificadas no texto com algarismos árabes. **Exemplo:** “Dimethylfumarate has also been a systemic therapeutic option in moderate to severe psoriasis since 1994<sup>13</sup> and in multiple sclerosis<sup>14</sup>.”

Se forem citados mais de duas referências em sequência, apenas a primeira e a última devem ser indicadas, sendo separadas por traço<sup>5-9</sup>.

Em caso de citação alternada, todas as referências devem ser digitadas, separadas por vírgula<sup>12,15,18</sup>.

As referências são alinhadas à esquerda.

Não deverão ser incluídos na lista de referências quaisquer artigos ainda em preparação ou observações não publicadas, comunicações pessoais, etc. Tais inclusões só são permitidas no corpo do manuscrito (ex: P. Andrade, comunicação pessoal).

As abreviaturas usadas na nomeação das revistas devem ser as utilizadas pelo National Library of Medicine (NLM) *Title Journals Abbreviations* <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog/journals>

**Notas:** Não indicar mês da publicação.

Nas referências com 6 ou menos Autores devem ser nomeados todos. Nas referências com 7 ou mais autores devem ser nomeados os 6 primeiros seguidos de “et al”.

Seguem-se alguns exemplos de como devem constar os vários tipos de referências.

### Artigo:

Apelido Iniciais do(s) Autor(es). Título do artigo. Título das revistas [abreviado]. Ano de publicação; Volume: páginas.

#### 1. Com menos de 6 autores

Miguel C, Mediavilla MJ. Abordagem actual da gota. *Acta Med Port.* 2011;24:791-8.

#### 2. Com mais de 6 autores

Norte A, Santos C, Gamboa F, Ferreira AJ, Marques A, Leite C, et al. Pneumonia Necrotizante: uma complicação rara. *Acta Med Port.* 2012;25:51-5.

## Monografia:

Autor/Editor AA. Título: completo. Edição (se não for a primeira). Vol.(se for trabalho em vários volumes). Local de publicação: Editor comercial; ano.

### 1. Com Autores:

Moore, K. *Essential Clinical Anatomy*. 4th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Lippincott Williams & Wilkins; 2011.

### 2. Com editor:

Gilstrap LC 3rd, Cunningham FG, VanDorsten JP, editors. *Operative obstetrics*. 2nd ed. New York: McGraw-Hill; 2002.

### Capítulo de monografia:

Meltzer PS, Kallioniemi A, Trent JM. Chromosome alterations in human solid tumors. In: Vogelstein B, Kinzler KW, editors. *The genetic basis of human cancer*. New York: McGraw-Hill; 2002. p. 93-113.

### Relatório Científico/Técnico:

Lugg DJ. Physiological adaptation and health of an expedition in Antarctica: with comment on behavioural adaptation. Canberra: A.G.P.S.; 1977. Australian Government Department of Science, Antarctic Division. ANARE scientific reports. Series B(4), Medical science No. 0126

### Documento electrónico:

#### 1. CD-ROM

Anderson SC, Poulsen KB. Anderson's electronic atlas of hematology [CD-ROM]. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2002.

#### 2. Monografia da Internet

Van Belle G, Fisher LD, Heagerty PJ, Lumley TS. *Biostatistics: a methodology for the health sciences* [e-book]. 2nd ed. Somerset: Wiley InterScience; 2003 [consultado 2005 Jun 30]. Disponível em: Wiley InterScience electronic collection

#### 3. Homepage/Website

Cancer-Pain.org [homepage na Internet]. New York: Association of Cancer Online Resources, Inc.; c2000-01; [consultado 2002 Jul 9]. Disponível em: <http://www.cancer-pain.org/>.

## PROVAS TIPOGRÁFICAS

Serão da responsabilidade do Conselho Editorial, se os Autores não indicarem o contrário. Neste caso elas deverão ser feitas no prazo determinado pelo Conselho Editorial, em função das necessidades editoriais da Revista. Os autores receberão as provas para publicação em formato PDF para correcção e deverão devolvê-las num prazo de 48 horas.

## ERRATA E RETRACÇÕES

A Acta Médica Portuguesa publica alterações, emendas ou retracções a um artigo anteriormente publicado. Alterações posteriores à publicação assumirão a forma de errata.

## NOTA FINAL

Para um mais completo esclarecimento sobre este assunto aconselha-se a leitura do *Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals* do International Committee of Medical Journal Editors, disponível em <http://www.ICMJE.org>.